

..... dnia.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani* :.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a*W.....
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a*
(adres)

posiada / nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Komendę Miejską PSP w Słupsku.

**Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próbę wydolnościową (zmodyfikowana metoda harwardzka), próby sprawnościowe: podciąganie na drążku, bieg na 50m, bieg na 1000m, a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia) i sprawdzian z pływania 50m.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Słupsku dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby w PSP.

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis lekarza)